

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200408276

Vítima: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Data do Acidente: 11/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRE CARLOS ISRAEL

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16336310



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 382.004.812-04 4 - Nome completo da vítima: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: MARTHA PEREIRA DA ROCHA 6 - CPF: 382.004.812-04
7 - Profissão: DESEMPREGADA 8 - Endereço: RUA RIO APIAU 9 - Número: 278 10 - Complemento:
11 - Bairro: PROF ARACELI SOLTO MAIOR 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-155
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 95 99159-4458

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 5076 8 CONTA: 23.281 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vol nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA-RR, 27 DE OUTUBRO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00026960/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/09/2020 09:30:19 Data/Hora Fim: 12/09/2020 09:30:19
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 12/09/2020
Delegado de Polícia: Miriam Di Manso

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 11/09/2020 17:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: São Vicente

Logradouro: Cruzamento da Avenida Getulio Vargas com Avenida Nossa Senhora da

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1226: EVADIR-SE O CONDUTOR DO VEÍCULO DO LOCAL DO ACIDENTE, PARA FUGIR À RESPONSABILIDADE PENAL OU CIVIL QUE LHE POSSA SER ATRIBUÍDA (ART. 305 DA LEI 9.503/1997)	Veículo

ENVOLVIDO(S)**Nome Civil: ERMELINDA SOUZA PEREIRA (COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 06/08/1964

Idade: 56

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Boa Vista - RR

Nome da Mãe: Gilma Pereira da Rocha

Documento(s)

RG: 47867 SSP/RR

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA COMETA

Nº: 1166

Bairro: Raiar do Sol

Telefone: (95) 99119-3912 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Nome Civil: MARTHA PEREIRA DA ROCHA (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 01/05/1970

Idade: 50

Profissão: Do Lar

Estado Civil: União Estável

Naturalidade: Boa Vista - RR

Nome da Mãe: Gilma Pereira da Rocha

Nome do Pai: Anselmo Marques da Rocha

Documento(s)

RG: 80433

CPF: 382.004.812-04

Endereço

Impresso por: Julio Cesar Pereira Ferreira

Data de Impressão: 12/09/2020 10:09:57

Página 1 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00026960/2020

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: RUA RIO APIAU
 Bairro: Professora Araceli Souto Maior

Nº: 278

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Outros	Subgrupo Placa de Veículo
Descrição Placa automotiva NUH-9217	Número de Série NUH-9217
Quantidade 1,00 Unidade	Situação Apreendido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição 01(UMA) MOTOCICLETA BIZ DE COR PRETA, PLACA NAP-4437	CPF/CNPJ do Proprietário 163.976.902-10
Placa NAP4437	Renavam 01091883600
Número do Motor JC70E0G125999	Número do Chassi 9C2JC7000GR125963
Ano/Modelo Fabricação 2016/2016	Cor PRETA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/BIZ 110I	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1,00 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 22/09/2019	Situação do Veículo ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS - RENAINF
Nome Envolvido	Envolvimentos
Martha Pereira da Rocha	Proprietário

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
CPF/CNPJ do Proprietário 365.533.953-49	Placa NUH9217
Renavam 01137258389	Número do Motor 552771353228214
Número do Chassi 98822611XJKB65469	Ano/Modelo Fabricação 2018/2017
Número da Carroceria 92250232	Cor PRETA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo FIAT/TORO FREEDOM AT	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1,00 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 20/09/2019	Situação do Veículo RENAINF - ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante vem a Central de Flagrantes informar que sua irmã MARTHA PEREIRA DA ROCHA estava vindo do supermercado DB no centro da cidade em sua motocicleta Biz, cor preta quando foi atropelada por um veículo de placa NUH-9217; QUE a vítima sofreu várias lesões e foi conduzido pelo SAMU ao Hospital Geral de Boa Vista/RR; Que o infrator que conduzia o veículo que causou o acidente evadiu-se do local sem prestar socorro a vítima; Que da colisão a placa do



Impresso por: Julio Cesar Pereira Ferreira
 Data de Impressão: 12/09/2020 10:09:57

Página 2 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00026960/2020

veículo sacou e populares conseguiram segurar e entregaram a comunicante para poder fundamentar mais ainda seu boletim de ocorrência; Que a comunicante está apresentando a placa do veículo que causou acidente nesta delegacia para poder ajudar na localização do infrator. Que segundo a comunicante o estado de saúde de sua irmã é grave. Era o relato.

ASSINATURAS

Julio Cesar Pereira Ferreira
Agente de Polícia
Matrícula 42000814
Responsável pelo Atendimento

Ermelinda Souza Pereira
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima atestadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 336-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 382.004.812-04 4 - Nome completo da vítima: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: MARTHA PEREIRA DA ROCHA 6 - CPF: 382.004.812-04
7 - Profissão: DESEMPREGADA 8 - Endereço: RUA RIO APIAU 9 - Número: 278 10 - Complemento:
11 - Bairro: PROF ARACELI SOLTO MAIOR 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-155
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 95 99159-4458

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 5076 8 CONTA: 23.281 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA, RR, 27 DE OUTUBRO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA
CNPJ: 05.939.467/0001-15
Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 09/2020

VENCIMENTO: 15/10/2020

MATRÍCULA: 00074112.4

RANIS MAIA MELO

RUA RIO APIAU, NUM, 278

PROFA ARACELI SOUTO MAIOR

BOA VISTA RR 69315-016

INSCRIÇÃO: 001.032.420.0425.000

ROTA: 21.2770

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1		10	NAO MEDIDO	17209356
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
					10
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
08/2020	10	07/2020	10	06/2020	10

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
AGUA	10 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA AGUA		19,06

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E
SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

42,89

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas		-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14º Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.032.420.0425.000	09/2020	13	42,89	21.2770

82670000000-1 42890004001-8 00074112401-0 09202070003-2





RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ené Garcez, 491 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.347.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 366/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO



SEU CÓDIGO

0065119-2

Nº DA NOTA FISCAL 5980414 FCAM*

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2020	21/10/2020	389	331,38

ANDRÉ CARLOS ISRAEL

CPF: 00073722855268

R. VER MANOEL J MARTINS 736 - DR. SILVIO BOTELHO

CEP: 69.314-563 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual: 14/09/2020 Anterior: 13/08/2020 Próxima leitura: 14/10/2020
Emissão: 11/09/2020 Apresentação: 14/09/2020 Dias de consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	TDB2045703	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TÓT/PTA	INJETADO TÓT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED. INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	262							
Leit. Anterior	0							
Constante	1,400							
Resíduo	127							
Medido	262							
Faturado	389							

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	389 A R\$ 0,748099 =	291,01
VISTORIA DE UC		10,11
RESÍDUO DE CONSUMO kWh	127	
ILUMINACAO PUBLICA		30,26
RESÍDUO DE CONSUMO kWh	- 127	

OUTRAS INFORMAÇÕES

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANDRÉ CARLOS ISRAEL inscrito (a) no CPF/CNPJ 737.228.552-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARTHA PEREIRA DA ROCHA inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.004.812-04 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANETE da Vítima MARTHA PEREIRA DA ROCHA inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.004.812-04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço: RUA VEREADOR MANOEL JOAQUIM MARTINS

Número: 736

Complemento: CASA

Bairro: DR. SILVIO BOTELHO

Cidade: BOA VISTA

Estado: RR

CEP: 69.314-563

E-mail: andrecarlos_rr@hotmail.com

Tel.(DDD): (95) 99118-5777

Local e Data: BOA VISTA-RR 27 DE OUTUBRO DE 2020.


André Carlos Israel
Advogado
OAB/RR Nº 2045-N



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1716

EQUIPE SAMU-BV
BRAVO I

EQUIPE: Douglas Vol Luvial

Paciente: Marta Pereira da Rocha Idade: 49 Sexo: FNacionalidade: Brasileira Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena-EtniaEndereço: R. V. Benjamin Constant Bairro: São VicenteNº 36020 DATA: 10/09/20 HORA J/9: 18:10 BASE 2 VIA 1 1 RÁDIOMédico (a) Regulador (a): Dr. Lúcia HORA J/10: 18:23 1 CELULARMOTIVO INICIAL: Moto X carroINÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora 1 1 a 3 horas 1 4 a 24 horas 1 Mais de 24 horas 1 Não sabe 1

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

☒ Acidente de trânsito	☐ Urgência psiquiátrica	☐ Queimadura	☐ Urgência obstétrica
☐ Agressão física / espancamento	☐ Tentativa de suicídio	☐ Choque elétrico	☐ Transfêrência
☐ Agressão física - FAF	☐ Envenenamento	☐ Queda	☐ Exame complementar
☐ Agressão física - FAB	☐ Afogamento	☐ Urgência clínica	☐ Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
☐ Pedestre	☐ A pé	☒ Automóvel	☐ Capacete
☒ Condutor	☐ Automóvel	☐ Bicicleta	☐ Cinto de segurança
☐ Passageiro	☒ Motocicleta	☐ Motocicleta	☐ Airbag
☐ Ignorado	☐ Micro-ônibus	☐ Ônibus	☐ Assento para criança
	☐ Outro	☐ Micro-ônibus	
	☐ Bicicleta		

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
☒ Livre	☒ Eupnéica	☐ Normocárdico	☐ Miose
☐ Obstrução Parcial	☐ Apnéia	☐ Bradicárdico	☐ Midríase
☐ Obstrução Total	☐ Dispneia	☒ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Anisocoria
☐ Corpo estranho	☐ Bradipnéia	☐ Pulso radial ausente	☐ Aparelmente Alcoolizado
☐ Outro:	☐ Taquipnéia	☐ Pulso central ausente	☐ Agitação psicomotora
		☐ Cianose central	
		☐ Extremidade	

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início: <u>18:40</u>	<u>140 x 90</u>	<u>130</u>	<u>20</u>	<u>97%</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>3/15</u>
Fim: <u>19:30</u>	<u>110 x 90</u>	<u>115</u>	<u>20</u>	<u>97%</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
☒ Dor	4 - Espontânea
☐ Hematoma	3 - Ao comando
☐ Contusão	2 - À dor
☒ Escoriação	1 - Sem resposta
☐ Laceração	
☐ Luxação	RESPOSTA VERBAL
☒ Fratura fechada	5 - Orientado
☐ Fratura exposta	4 - Confuso
☐ Amputação	3 - Palavras inapropriadas
☐ Evisceração	2 - Palavras incompreensíveis
☐ Alundamento de crânio	1 - Sem resposta
☐ Ferimento penetrante	
☐ Torax instável	RESPOSTA MOTORA
☐ Enfisema subcutâneo	5 - Obedece a comandos
☐ Ferida aspirativa	4 - Localiza a dor
☐ Empalmeento	3 - Movimento de retirada
☐ Outros	2 - Flexão anormal
	1 - Extensão anormal
	1 - Sem resposta

AVALIAÇÃO CARDÍACA

AFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PEGRESSA

☐ Ritmo Sinusal	☐ FV	☐ Neurológica	☐ Metabólica	☐ Diabetes	☐ Alergias
☐ Taquicardia Sinusal	☐ TV	☐ Respiratória	☐ Infecçiosa	☐ Cardiopatia	☐ Outros
☐ Fluter Atrial	☐ AESP	☐ Cardiovascular		☐ HAS	
☐ Fibrilação atrial	☐ Assístolia	☐ Digestiva		☐ Medicação de uso	
GRAVIDADE COMPROVADA: <u>Não</u>	<u>Pequena</u>	<u>Grande</u>	<u>Severa</u>	<u>Não</u>	

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Assinado por: Arnaldo J. H. Pereira
 CRM: 165485 / RQE: 176
 Cargo: Coordenador Geral

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL

Assinado por: Stephanie
 Rubrica: Stephanie

INCIDENTES

☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontra no local
☐ Tróte

MEIO DE TRANSPORTAÇÃO

☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SM-TRAN
☐ PRF

RCP

☒ Iniciada as: 18:40 Término as: 19:30
☒ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso

PERT DO PA	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade. ☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para a unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE			
Idade Gestacional: _____	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partos fetais na vulva	
Perda de líquido: _____	☐ Contrações entre 3-5 min	☐ Com cartão de gestante	
BCF: _____	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão de gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☐ Monitorização cardíaca	☒ Imobilização de fraturas
☐ Cânula de Guedel	☐ Guia de introdução Bougie	☒ Colar cervical	☐ Curativos
☐ Cateter nasal: ____ L/min	☐ Cricotirotomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal
☐ Máscara facial: ____ L/min	☒ Oximetria	☐ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência
☐ Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	☐ Dreno de tórax	☐ Tirantes	☐ Imobilização de luxação
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros:
☐ Acesso venoso Gelco n° _____	☐ Acesso venoso Scalp n° _____	☐ Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

INSUMOS UTILIZADOS NA OCORRÊNCIA

2° - *stethoscopy* de 35 cm: 2 compressores talco *evm* de 18

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

FOMAS acionados p/ uma ocorrência de traumatismo traumático pela Central de resuscitação vítima de colisão moto x carro vítima envolvido em acidente rodov. B.106. Com lesão na região frontal da cabeça, corte contuso, fratura de nariz, fratura de dentes superior, fratura na mão esquerda, com amputação distal. Realizado por: comunicado a Central de resuscitação que nos orientou a levar p/ o ST: HGR

SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL Em 02/10/2020 Stephanie Rubrica

Stephanie A. Curcio
977018

Assinatura e carimbo do profissional

2001267278 11/09/2020 18:59:36 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA 36

Paciente: MARTHA PEREIRA DA ROCHA
Data Nascimento: 01/05/1970 Idade: 50 A 4 M 10 D
CNS: 704608591611047 CPF: 38200481204
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE: 80433 SSP/RR 09/12/2004 M SOLTEIRO(A) PARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA
Mãe: GILMA PEREIRA DA ROCHA
Endereço: RUA - MONTE SINAI - 360 - PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA - RR
Contato: (95) 99123-1593
Ocupação: ASSISTENTE

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Motivo do Atendimento: COLISÃO ENTRE VEÍCULOS
Setor: GRANDE TRAUMA
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA
Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL
Profissional do Atend.:
Procedência:
Temp.:
Peso:
Pressão:
Procedimento Sol.:
Registrado por: ELIENE

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Colisão rebato - com

Anamnese de Enfermagem
GSC: AD: 1234 RM: 12345 MRV: 123456 TOTAL: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
Paciente trazida pelo Sarama vítima de colisão rebato com
carro de passeio de passeio e face, queda de 1,5 m de altura.

Exame Físico: Exame físico com contusão na face, dor na antebraço e
suspeita de fratura (punho). Escoriação de região dorsal
(dor abdominal).

Hipótese Diagnóstica: Politrauma.

SADT - Exames Complementares
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO: AUP
- 500mg de analg. em - feito 20/08
- 500mg de analg. em - feito 20/08
- curativo
- frax. de abdome.

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatorio
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☒ Transferência para: ☐ Data e Hora da Saída/Alta: 28/09/2020

óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: eliene Data Hora: 11/09/2020 19:00:29

11/09/2020 19:00:29



BPA

Ortopedia 67

Urtimo de Acidente Automobilístico.
Ocorrência politraumática.

ECG: Edema no pulmão @ e joelho @

Rx: Fraturas de 4º e 5º MCC.

Fratura da Placa Tibial @

Ad: a Saco de Gesso após liberação
da Cir. Geral e Boca.

Dr. Marcelo Gomes
Ortopedia Traumatologia
CRM-RR 21111 EOD 10272

Cirurgia Bimaxilar 23:40

Paciente vítima de acidente automobilístico politraumatizado.
No momento em BPG, normoconsciente, eupneico, avulsão,
Glasgow 15 e com queixas algias.

Observa-se FCC em superior @, lábio superior (relato) e
mancha labial superior.

Exames radiográficos não mostram sinais de fratura na face.

→ HD! Trauma de Face / Contusão + FCC

CDT: - Sutura.

- Sem condutas cirúrgicas referente ao trauma de face

Bruno Araújo da Silva
Cirurgia Bimaxilar
CRM-RR 717

NIR

Anexo I

Tema 5

12.07.2020



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fx de 4º e 5º MTC E

Fx de PLAS TISIAZ (E)

CONFERE COM O PACIENTE
20/130/12020
Shele

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ANAMNESE + EX FÍSICO + RX

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

AS ACIMA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fx 4/5º MTC (E) + PLAS (E)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

LA TERAPIA

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. PAVANET

12/09/2020

Dr. Igor do Santos da Silva

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

11

BGA

162020

VL

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>MARTHA PEREIRA DA ROCHA</i>					
AGNOSTIC <i>FR. DE 46 2 50 MTC (E) 2 PLATO TROM (E)</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	DATA		<i>12/09/2020</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>SNV</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>manhã</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>SN</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>06/12 12 24</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>(66)</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>SN</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>SN</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>06 12 24</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>SN</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H <i>[suspa]</i>				<i>12 14</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>SN</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>no topo</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Revisão</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

CONFERE CC...
28/130/2020
Glêda

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Glêda ITA (E) não realizado pois não foi disponibilizado para formulação.

Revisão
Cristiano B. Lima
Téc. Enfermagem
Coren-GR 573.961



RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 12/09/2020

PACIENTE: MARILHA PEREIRA DA ROCHA DN: 1/1

DIAGNÓSTICOS: Ex 1-2-5- MTC e PLANO 7321 (E)

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: TRAUMA

2- PACIENTE: () ACAMADO () DEAMBULA () O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA: () VIA ORAL () SNE () OUTRA

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: _____
PA: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____ SATO2: _____

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente com fratura traumática
da tíbia e fíbula do MC e de 1/2
metacarpiano

Boa Vista, 12 de Setembro de 2020 Hora:

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM

Don Martins
Médico Residente
Clínica de Traumatologia
CRM-RR 2036

CRM

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:

HC () HLI () HMI () OUTRO

O.E.: E140000010

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 10/2020

DATA: 06/10/2020

Num AIH: 142010118402-9 Situação: SEM ERRO Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 10/2020 Data Autorização: 12/09/2020

Especialidade: 03 - CLÍNICOS

Órgão Emissor: E140000010

CRC:

Doc autorizador: 980018289063924

Doc med resp: 702807103617965

Doc diretor clínico: 705005220101159

Doc médico solic: 702807103617965

CNES: 9472339 - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR WILSON FRANCO RODRIGUES

CNS: 70480859161104-7

Paciente: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Prontuário: 5861

Data Nasc.: 01/06/1970 Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo: Identidade

Doc: 80433

Responsável pac.: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Nome da Mãe: GILMA PEREIRA DA ROCHA

Endereço: RUA RUA MONTE SINAI 0000360 CASA Bairro: PROFESSORA ARACELI S

Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município: 140010 - BOA VISTA

UF: RR CEP: 69315-095

Telefone: (95)9912-31593

Muda Proc.: NÃO

Procedimento solicitado: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

Procedimento principal: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

Diag. principal: T026-FRATURAS ENVOLVENDO OUTRAS COMBINAÇÕES DE REGIÕES DO CORPO

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Óbito:

Carater atendimento: 01 - ELETIVO

Modalidade: HOSPITALAR

Data Internação: 12/09/2020

Data saída: 22/09/2020

Mot saída: 18 - ALTA POR OUTROS MOTIVOS

Liberação SISAIH01:

AIH Anterior:

AIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador: - / -

CNAER: -

Vínculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0308010019	702807103617965	225125	9472339	9472339	1	09/2020	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE
2	0301010170	980018287984622	225125	9472339	9472339	3	09/2020	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
3	0301010170	190061248450002	225270	9472339	9472339	1	09/2020	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
4	0301010170	700805923792890	225125	9472339	9472339	4	09/2020	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
5	0301010170	702102736066693	225125	9472339	9472339	1	09/2020	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
6	0401010015	706801221575429	223505	9472339	9472339	10	09/2020	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
7	0802010018			9472339	9472339	8	09/2020	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
8	0202020380			9472339	9472339	1	09/2020	HEMOGRAMA COMPLETO
9	0202010473			9472339	9472339	1	09/2020	DOSAGEM DE GLICOSE
10	0202010317			9472339	9472339	1	09/2020	DOSAGEM DE CREATININA
11	0202010694			9472339	9472339	1	09/2020	DOSAGEM DE UREIA
12	0202020142			9472339	9472339	1	09/2020	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA
13	0202020070			9472339	9472339	1	09/2020	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO
14	0202020134			9472339	9472339	1	09/2020	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V090	PREEXISTENTE	PEDESTRE TRAUM. EM ACID. R-TRANSITO, ENVOLVENDO OUTROS VEÍCULOS A MOTOR E OS NAO ESPECIFICADOS

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos: 0

Mortos: 0

Altas: 0

Transf.: 0

Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: 



2000007207

**AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR - AIH**

Prontuário 5881	Data Internação 12.09.20	Data da Saída 22.09.20
Número da AIH: 142010118402-9		
Enfermaria 3B	Leito 356	

Dados do Paciente

Estabelecimento Executante HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO RODRIGUES - HC		CNES 9472339	
Nome do Paciente MARTHA PEREIRA DA ROCHA			
Cartão do SUS 704808591611047	Data de Nascimento 01/05/1970	SEXO 1 - Masculino	Raça/Cor PARDA
Nº RG, CPF ou Registro de nascimento Identidade - 80433		Nacionalidade BRASILEIRA	
Nome da Mãe GILMA PEREIRA DA ROCHA			
Nome do Responsável MARTHA PEREIRA DA ROCHA		Fone p/ Contato (95) 99123-1593	
Endereço RUA - MONTE SINAI		Número 360	Bairro PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIO
Município BOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR	CEP 69.315-096

Dados da Internação

CPF Médico Sol - CRM 2158	Médico Solicitante Carollina Smt' Ana	Cartão SUS
Procedimento Solicitado 03.08.01.0019	Procedimento Principal	Esp C. Int 01 CID P T228 CID S CID CA M. Sa 18
Em caso de Parto: Nasc Vivo () Nasc Morto () () Alta () Trans () Óbito		

Procedimentos Realizados

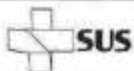
Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	C UTI
01	07		20 01		2158		01	
02	07		36 01		1234		03	
03	07		31 01		566		04	
04	07		44 01		2033		04	
05	07		16 01		2015		01	
06	07		109 01		2124		01	
07	01	04.08.01.0015	953 01		349949		10	
08	57				12	202009	08	
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Autorização

Nome Médico Autorizador [Assinatura]	Data Autorização 12/09/2020	CPF Autorizador 123456789	CNS Autorizador 123456789
Nome do Médico Auditor [Assinatura]	Data Auditoria 12/09/2020	CPF Auditor 123456789	CNS Auditor 123456789

CONFERE COM ORIGINAL

Em **26/10/2020**Ass.: **[Assinatura]**



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARTHA PEREIRA DA ROCHA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

01/05/70

FEMININO

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

17 - CÓD. IGBE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FX DE QUARTO E QUINTO MTC E e PLATÔ TIBIAL E

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + IMAGEM + LABORATÓRIO

23 - DIAGNÓSTICO

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FX DE QUARTO E QUINTO MTC E e PLATÔ TIBIAL E

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CAROLLINA SANT'ANA

12/09/20

Carollina Sant'Ana
Médica
PR 2155

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

0308010019

1028

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass:

Alergia difusa!

L.356

MODELO

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																														
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO																														
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																														
PRESCRIÇÃO MÉDICA																														
DATA DE ADMISSÃO	11/9/2020	DIH	11/09/2020	DN	1/5/1970																									
PACIENTE	MARTHA PEREIRA DA ROCHA																													
DIAGNÓSTICO	FX/LX BENNETT MÃO D Fx ou 4º e 5º MTC @ e platô tibia @																													
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA																									
	LEITO	356	DATA	12/9/2020																										
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																									
1	DIETA LIVRE - líquida pastosa, flutuante				SN																									
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER																									
3	SF 0,9% 500ML EV ACM <i>agua</i>				ACM																									
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6h																									
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H <i>alergia!</i>				06:00 18:00																									
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN																									
7	ONDASETRONA 8 MG 1 AMP EV DE 12/12				SN																									
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H				06 (14) 22h MTC																									
9	CAPTOPRIL 25MG 5E PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN																									
13	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08:00																									
14	SSVV + CCGG																													
15	Curativo Diário																													
16	<i>para alergia</i> 500mg VO 6/6h 12/24h																													
17																														
19																														
20	<i>losartana</i> 50mg VO 12/12h				22:00 01:00 13:00																									
22																														
23	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																													
EVOLUÇÃO MÉDICA:																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SINAIS VITAIS</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>TEMP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td>140x90</td> <td>79</td> <td>—</td> <td>36,2</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>140x90</td> <td>53</td> <td>—</td> <td>36,5</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>140x90</td> <td>56</td> <td>—</td> <td>36,8</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>150x90</td> <td>52</td> <td>—</td> <td>36,4</td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	6 H	140x90	79	—	36,2	12 H	140x90	53	—	36,5	18 H	140x90	56	—	36,8	24 H	150x90	52	—	36,4
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP																										
6 H	140x90	79	—	36,2																										
12 H	140x90	53	—	36,5																										
18 H	140x90	56	—	36,8																										
24 H	150x90	52	—	36,4																										

Carollina Sant'Ana
Médica
CRM-RR 2158

Carollina
Médica
CRM-RR 2158

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2174
Jocelma Miranda de Aquino
Dona Maria (Res Ortop)
CRM/RR 20380 725 TE
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

Assinatura Regida do Cirurgião
Técnicas de Especialidade
Cirurgia - Rua 01, 102-203 TE

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass.: *[Assinatura]*

[illegible]

Fin 26 / 10 / 2020

CONFERE COM ORIGINAL



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Martha Pereira da Rocha HD 356 LEITO 356 • ALÉRGICO ?
DATA: 1/1 SEXO: () M (X) F IDADE: _____ PESO: _____ KG.

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				☒ RISCO DE INFECÇÃO ☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ ☐ INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ TROCA GASOSA PREJUDICADA ☒ ANSIEDADE ☐ MEDO ☐ ENFRENTAMENTO INEFICAZ ☒ RISCO PARA NUTRIÇÃO ☐ DESEQUILIBRADA ☒ MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA ☒ RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO ☐ DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS ☐ FADIGA ☐ INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE ☐ RISCO PARA QUEDAS ☐ RISCO PARA LESÃO ☐ AUTOESTIMA PERTURBADA ☐ DIARRÉIA ☐ CONSTIPACÃO ☐ RISCO PARA CONSTIPACÃO ☐ DÉFICIT DO AUTO CUIDADO ☐ COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA ☐ RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO ☐ DOR ☐ HIPOTERMIA ☐ HIPERTERMIA ☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA ☐ PADRÃO DO SONO PREJUDICADO ☐ DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA ☐ CONFORTO PREJUDICADO ☐ DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO ☐ OUTROS:	☐ MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS ☐ REALIZAR CUIDADOS COM VAS ☒ VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>670</u> H ☐ MANter MONITORIZAÇÃO ☐ MANter CABECEIRA ELEVADA ☐ ASPIRAR VAS /TOT ☐ VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA ☒ ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS ☒ ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS ☐ OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA ☐ MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS ☐ REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u> </u> H ☒ OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES. ☒ VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS ☐ AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM ☒ VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL ☒ ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA ☐ MANter JEIUM A PARTIR DAS: <u> </u> HORAS ☐ REALIZAR DEXTRO <u> </u> / <u> </u> HORAS ☐ ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO ☐ ORIENTAR AUTOCUIDADO ☐ REALIZAR BANHO NO LEITO ☐ REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u> </u> / <u> </u> H ☐ REALIZAR CURATIVO DIÁRIO ☐ PREPARAR PARA EXAMES EM: ☐ REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO ☐ ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO ☐ OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA. ☐ OUTROS
LESIONES					
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES					
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III () CABEÇA, PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA					
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO PUPILAS: ☒ REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA ACUIDADE VISUAL: ☒ NORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: ☒ NORMAL () DIMINUÍDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: ☒ PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA OBS: _____					
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO EXPANSÃO: ☒ SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO FREQUÊNCIA: ☒ EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO MÚRMURIOS VESICULARES: ☒ AUSENTES () PRESENTES TOSSE: ☒ AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUIDOS ADVENTÍCIOS: ☒ AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS: ☒ HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALÍDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: ☒ NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: ☒ REGULAR () IRREGULAR () PERFUSÃO PERIFÉRICA: ☒ NORMAL () DIMINUÍDA PULSO PERIFÉRICO: ☒ RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____					
APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: ☒ NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMG PALPÁVEL ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: ☒ NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPACÃO () MELENA APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE: ☒ ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVO () LÍMPIDA () CONCENTRADA () HEMATURIA () COLÚRICA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA					

CONFERE COM ORIGINAL
Em 26/10/2020
Ass: _____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ	DATA / HORA	MANHÃ	DATA / HORA
Paciente no leito, apresentando, uso de corrimão de face, MSEG, MIE imobilizado FIF ①, vacata, dieta, queixas idon generalizada. Leito obalgêrico com nome. polacrução <i>Confirmação SORCELA do MEG</i> <i>Confirmação SORCELA do MEG</i> <i>Confirmação SORCELA do MEG</i>		RA 144+87 FETO TAX 363' DATA + próximo.	
CONFERE COM ORIGINAL Em 26 / 10 / 2020 Ass: <i>SJ</i>		Paciente encontrada no leito. Remanejo, repouso e sentar por, ADA Medicação, FPM, neoplasia Higien e Paratativo. ADI e verificação SSV. Segue com cuidados de enfermagem <i>Simone de Oliveira Silva</i> <i>Téc. em Enfermagem</i> <i>CRP 68941/15</i> <i>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM</i>	ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM: DATA 31/09 HORA 15:55
CONFERE COM ORIGINAL Em 26 / 10 / 2020 Ass: <i>SJ</i>		Paciente no leito com comportamento, acerta dieta, 11 minutos. Foram dados as medicações e aferido os SSV com. Segue com queixas de dor no momento e cuidados de enfermagem. <i>Chelene Macedo de Souza</i> <i>Téc. em Enfermagem</i> <i>CRP 68941/15</i> <i>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM</i>	ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Em 26 10 2020
Ass: *SJ*



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 356 3B

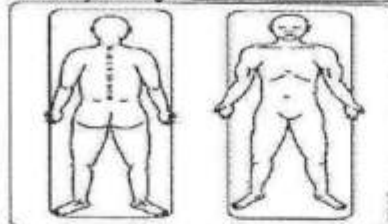
Nome: Marta Pereira

DATA: 13/09/20

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região MDE

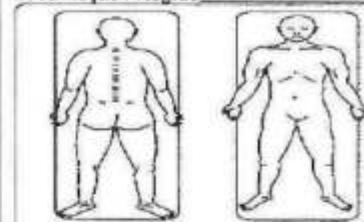


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra: _____

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☒ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serossanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele
Perilesional:

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras: _____

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: _____

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

Marta Pereira
COREN-RR 453.554

02- Luciene Moreira
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 453.554

01-

02-

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

Em 26/10/2020

Ass.: [Assinatura]

356

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO			DIH		DN
PACIENTE	MARTHA PEREIRA DA ROCHA				
DIAGNÓSTICO	PO LESAO TEND EXT PÉ E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
		LEITO	356	DATA	14/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08 20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				10 14 18 22 02
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS. # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
SINAIS VITA	PA	FC	FB	TEMP	
6 H	180x90	82	+	36,4	
12 H	150x90	70	+	36,4	
18 H	160x100	83	+	35,4	
24 H	160x100	82	+	36,4	

Lael Silva (Res
Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res
Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res
Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res
Ortop)
CRM/RR 1231

Zenília Fontenele
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 928.66

Maria Helena Giambo
Téc. de Enfermagem
COREN RR 051.806

Fátima Cruz Rodrigues
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 295652

CONFERE COM ORIGINAL

Em 20/10/2020

Ass:



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

356

38

Nome: Martina Pereira

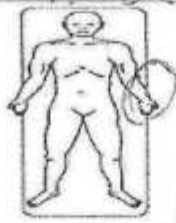
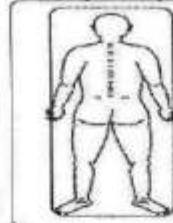
DATA: 14/09/20

Localização / Região

mse

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

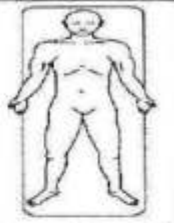
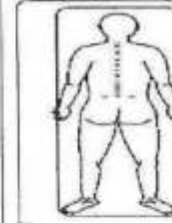


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

Condição da pele
Perilesional:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☒ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

Eliezer dos S. Barros
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 250239

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

Rosa Girele Gomes
Enfermeira
COREN-RR 555.556

OBS:

OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26 / 10 / 2020

Ass.: ST

KX em ordem
Pontuação: 356

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO			DIH		DN
PACIENTE	MARTHA PEREIRA DA ROCHA				
DIAGNÓSTICO	PO LESAO TEND EXT PÉ E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
		LEITO	356	DATA	15/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6 e
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				18/0 12 SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08 20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08 20
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS. # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	TEMP
Vanderlei de S. Conceição COREN-RR 001.475.344 - TE		125x55	84		35,8°C
12 H		170x11	81		35,8
18 H		160x100	97		36,2
24 H		130x77	93		36,1°C

DC
Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

Ednaira A. Alves Ferreira
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 001.475.344
Ednaira

Vanderlei de S. Conceição
COREN-RR 001.475.344 - TE

CONFERE COM ORIGINAL
Em 26/10/2020
Ass.:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA :	MANHÃ:	DATA / HORA :
		Paciente no leito. acamada. Tudo bom no leito. e feita a troca de curso. Sono. Afecção SSU e fístula metálica do bônus. No mto. pque adquire dos da equipe. <i>[Assinatura]</i> ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:	DATA 15/09 HORA : 15:00 ASS. E CARIMBO- TÉCN ENFERMAGEM:
		De + mo leito, isolado SSU, Am medi- corp. e mo horário da ténor. Sem qñixor Ague no unidades da enfer- magem. <i>[Assinatura]</i> Ednaia A Alves Ferreir Técnica de Enfermag COREN-PR 007.475.344 ASS. E CARIMBO- TÉCN ENFERMAGEM:	DATA / HORA : NOITE: CONFERE COM ORIGINAL Em 26 / 10 / 2020 Ass: <i>[Assinatura]</i>
		ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:	ASS. E CARIMBO- TÉCN ENFERMAGEM:

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARTHA PEREIRA DA ROCHA				
DIAGNÓSTICO	PO LESAO TEND EXT PÉ E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
		LEITO	356	DATA	16/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08 + 20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08 + 20
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15	hidroclorotiazida 5mg VO 1x/dia				08
16					
17					
19					
20					
22					
23					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:
 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,
 GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	E	TEMP
6 H	120 x 80	82	+	-	35.7
12 H	135 x 83	79	+	+	35.8
18 H	140 x 90	96	+	-	36.1
24 H	140 x 90	92	+	+	36.0

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Dr. Ricardo de Souza
 Técnica em Enfermaria
 COREN RR 001.028

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: SJ

Dr. Amélia Maria de Oliveira
 Clínica Médica / Cardiol
 CRM RR 2530

356

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE MARTHA PEREIRA DA ROCHA					
DIAGNÓSTICO PO LESAO TEND EXT PÉ E					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
		LEITO	356	DATA	17/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				8
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				20:00 SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				25:00 SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8h SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08:20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08:20
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FRD	E	TEMP
6 H	122/83	90	-	-	36.0
12 H	145/90	83	+	-	36.2
18 H	134/94	105	+	-	35.4
24 H	124/79	92	+	-	36.7

Jefferson da S. Magalhães
Téc. enfermagem
COREN-RR-001245.112

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038

Wellen F. de S. Vieira (Res Ortop)
Téc. de Enl.
COREN-RR-14231

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass.:



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

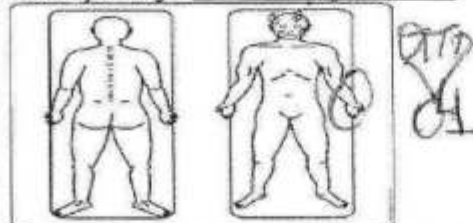
ENF/LEITO:

356 38

Nome: Martina Pereira

DATA: 17-03-20

Localização / Região



☐ GRAU - I

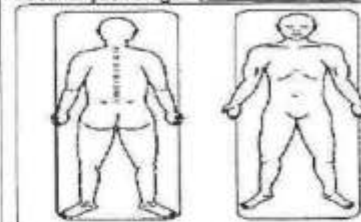
☒ GRAU - II

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com estacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

Condição da pele
Perilesional:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☒ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

Francine G. dos Santos
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 366.856

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

Rose Girele Gomes
Enfermeira
COREN-RR 366.856

OBS:

Realizado curativo occlusivo
com cobertura primária AGE + GAZE
ferida com exsudato ser mínimo
pele, hiperemática. Segue as
orientações de enfermagem.

Rose Girele Gomes
Enfermeira
COREN-RR 366.856

OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: SJ

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		MANHÃ:	
DATA	HORA	DATA	HORA
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO: DATA / HORA		ASS. E CARIMBO- TÊC ENFERMAGEM: DATA / HORA	
Recebeu em ambiente externo, bem, discrição orientado para o diagnóstico. Sem alterações. Exatidão 6/10. Seção com cuidados gerais. Mafra, Izabela Enfermeira COREN-AM 234218		Adm. medicações conforme prescrição médica. Atend. SVU. Segue os cuidados de enfermagem. Ass. E Carimbo Téc. em Enfermagem COREN-AM 2023-TE	
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO: DATA / HORA		ASS. E CARIMBO- TÊC ENFERMAGEM: DATA / HORA	
NOITE: 18/07/2020		NOITE: 18/07/2020	

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		MANHÃ:	
DATA	HORA	DATA	HORA
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO: DATA / HORA		ASS. E CARIMBO- TÊC ENFERMAGEM: DATA / HORA	
Recebeu em ambiente externo, bem, discrição orientado para o diagnóstico. Sem alterações. Exatidão 6/10. Seção com cuidados gerais. Mafra, Izabela Enfermeira COREN-AM 234218		Adm. medicações conforme prescrição médica. Atend. SVU. Segue os cuidados de enfermagem. Ass. E Carimbo Téc. em Enfermagem COREN-AM 2023-TE	
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO: DATA / HORA		ASS. E CARIMBO- TÊC ENFERMAGEM: DATA / HORA	
NOITE: 18/07/2020		NOITE: 18/07/2020	

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass.: S.



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

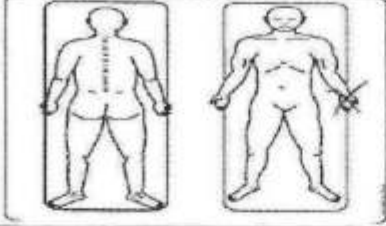
Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 356

Nome: <u>Martha Pereira</u>	
DATA: <u>18/09/20</u>	Localização / Região <u>M.S.E</u>
☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☒ Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
Dor:	☐ Sim ☒ Não
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor
Condição da pele Perilesional:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☒ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☒ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☒ AGE ☐ Outro: _____
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca:	
Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Maria de Fátima N. Vianna</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 445.400
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	02- <u>Silvânia R. dos Santos</u> Téc. de Enfermagem COREN-RR 1.054.022-TE
OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

Em 26 / 10 / 2020

Ass: [Assinatura]



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

PEDIDO DE PARECER

DE: ORTOPEDIA

PARA: CARDIOLOGIA

Nome: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Leito: 356

PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL + FRATURA DE OSSOS DA MÃO
SOLICITO RISCO CIRURGICO PARA REALIZAR PROCEDIMENTO
SERÁ AGENDADO PÓS RISCO CIRURGICO.

RX DE TÓRAX

NO PRONTUARIO

ECG

NO PRONTUARIO

EXAMES

INTERLIS HC

16/09/20

GRATO

Don Martins
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2038
MÉDICO

Resposta:

Paciente com HAS há 10a
com PA = 150 x 80 mm Hg.
sem pressão no HRT (já em uso).

16/9/2020.

Leis Araújo Moreira de Oliveira
Clínica Médica / Cardiol
CRM-RR 1550
MÉDICO

18/09/2020. Aval. de um ano.

Leis Araújo Moreira de Oliveira
Clínica Médica / Cardiol
CRM-RR 1550
MÉDICO

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: (S)



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 356

30

Nome: Martha Pereira da Rocha

DATA:	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
<u>19/09/20</u> ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	<u>M.S.E</u> 	☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra:	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor:	☐ Sim ☒ Não	☐ Sim ☐ Não	
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	☐ Normal ☐ Macerada ☒ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☒ Clorexidina 4% ☐ Outro:	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☒ AGE ☐ Outro:	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:	
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01-	02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

26/10/2020
Ass:

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARTHA PEREIRA DA ROCHA				
DIAGNÓSTICO	PO LESAO TEND EXT PÉ E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
		LEITO	356	DATA	20/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GT5 VO 8/8H SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08:20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08:20
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15	Hidroclorotiazida 25mg VO 1xdia				8
16					
17					
19					
20					
22					
23					

Andréia B. Medrada
Coren-RR 227.345-ENF

Andréia B. Medrada

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP
6 H	107x70	94		35.1°C
12 H	130/70	120		35°C
18 H	140/80	103		36.6
24 H	100x60	101		36

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Rosângela Damasceno

CRM/RR 2125

BRUNO VIEIRA (Res Ortop)

CRM/RR 1231

João de Almeida Pinheiro
Técnico de Enfermagem
Porte RR 001.033.751-TE

João de Almeida Pinheiro
Técnico de Enfermagem
Porte RR 001.033.751-TE

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: *[Assinatura]*



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

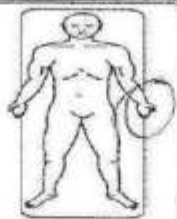
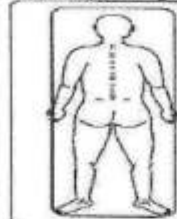
356 38

Nome: MARTHA PEREIRA

DATA: 20/09/20

Localização / Região

MSB



01

☐ GRAU - I

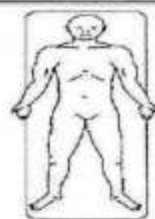
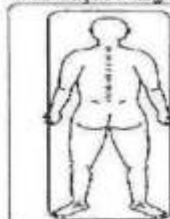
☒ GRAU - II

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com escalo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serosanguíneo

Dor:

☐ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

Condição da pele
Perilesional:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras _____

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☒ AGE ☐ Outro: _____

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

Francine G. dos Santos
Téc. em Enfermagem
COREN - RR 424.212

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

02- Edilene da Silva
Téc. em Enfermagem
COREN - RR 971.972

01-

02-

OBS:

Francisco Dias B. da Cunha
COREN-RR 349.902 - ENF

OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 20/10/2020

Ass: [Assinatura]

356

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARTHA PEREIRA DA ROCHA				
DIAGNÓSTICO	PO LESAO TEND EXT PÉ E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
		LEITO	356	DATA	21/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08 20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08 20
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15	Hidroclorotiazida 25mg VO 1xdia				8
16					
17					
19					
20					
22					
23					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:
6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VIT	PA	FC	FR / G	TEMP
6 H	120x80	82	+ (-)	36,2C
12 H	129/67	94	+ +	36,4
18 H	110x80	89	+ +	36,2C
24 H	150x80	92	+ (-)	36,4C

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

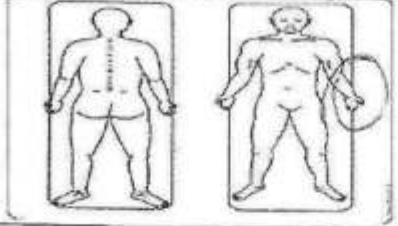
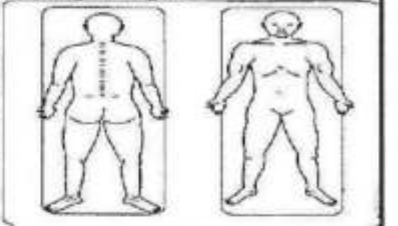
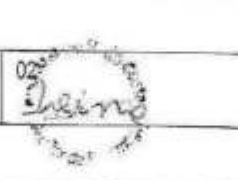
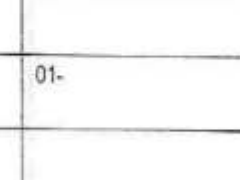
Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass.: 

Nome: <u>Marta Pereira</u>			
DATA: <u>21/09/20</u>	Localização / Região: <u>MSF</u>	DATA:	Localização / Região:
☐ GRAU - I ☒ GRAU - II		☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☒ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☒ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Tipo de exsudato:	☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
Dor:	☒ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor
Condição da pele Perilesional:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☒ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☒ AGE ☐ Outro: _____	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- 	01- 	02- 
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	<u>Andréia B. Medrada</u> Coron-RR 227.345-ENF <u>Angela</u>		
OBS:	CONFERE COM ORIGINAL Em <u>26/10/2020</u> Ass.: <u>SJ</u>		

356

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARTHA PEREIRA DA ROCHA				
DIAGNÓSTICO	PO LESAO TEND EXT PÉ E + FX DE PLATO TIBIAL				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
		LEITO	356	DATA	22/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08:20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08:20
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15	Hidroclorotiazida 25mg VO 1xdia				8
16	Desospi + aliza Coo				16:30h
17					
19					
20					
22					
23					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	120/70	80		36°C
18 H				
24 H				

Lael Silva (Res Ortop)
 CRM/RR 2015
 Loamir Viana (Res Ortop)
 CRM/RR 2124
 Don Martins (Res Ortop)
 CRM/RR 2038
 Bruno Vieira (Res Ortop)
 CRM/RR 1231

Loamir Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 2124

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26 / 10 / 2020

Ass: _____



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 356

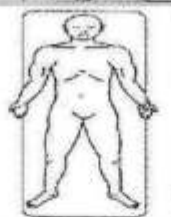
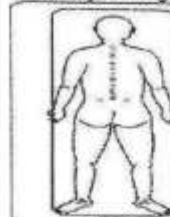
Nome:

martha pereira

DATA: 22/09/20

Localização / Região

M.S.E



☐ GRAU - I

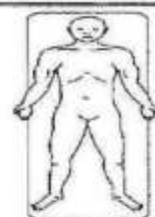
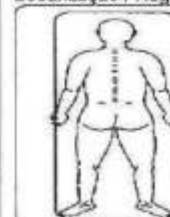
☒ GRAU - II

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra:

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura _____ cm
Profundidade _____ cm

Comprimento _____ cm Largura _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☒ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serossanguíneo

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

Dor:

☐ Sim ☒ Não

☐ Sim ☒ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

Condição da pele
Perilesional:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☒ Clorexidina 4% ☐ Outro:

☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☒ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

☐ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

☐ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

Maria de Fátima N. Viana
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 149.708

02
Silvete R. dos Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 1.054.252-150

01-

02-

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

Francisco José R. da Cunha
COREN-RR 149.952 - ENF

OBS:

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass:



SERVIÇO SOCIAL
FICHA SOCIAL

DATA 12/09/2020

1.1 - DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

NOME: <u>Martha Pereira</u>		
MÃE: <u>Gilma Pereira da Rocha</u>		
PAI: <u>Anselmo Marques</u>		
DATA DE NASC.: <u>01/05/1970</u>	IDADE: <u>50</u>	Nº SUS:
ESCOLARIDADE: <u>Médio completo</u>	NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>	
COR/ETNIA:	NATURALIDADE: <u>Bom Vista</u>	
CPF:	RG:	
ESTADO CIVIL: <u>Casado</u>	OCUPAÇÃO: <u>Doméstica</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua: Rio Cipari, 278 - Prof. Caracelis</u>		
MUNICÍPIO:		
TELEFONES ÚTEIS: <u>91159-4458 / 99177-6598 - esposa</u>		
DIAGNÓSTICO:		LEITO: <u>356</u>

1.2 - DADOS DO ACOMPANHANTE

NOME	<u>Renismaria Melo (esposa)</u>
TELEFONE	

OBS: Solicitar cópia dos documentos: CPF, RG, CNS e COMPROVANTE DE ENDEREÇO e anexar.

1.3 - ANOTAÇÕES:

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: (S)

Paciente: **Martha Pereira Da Rocha**

Sexo: Feminino

Nasc: 01/05/1970

Idade: 50 ANO

Documentos:

Solicitação: 70026527

Número Interno:

Solicitante: BRUNO VIEIRA DE LIMA CRM-RR 1231

Origem: HC

Setor: BLOCO 3B

Leito: 356

Data de Emissão: 13/09/2020 08:06:10

Resultado de Exame

Amostra: 7002652701

Liberação: 14/09/2020 08:35:41

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Metodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

	Resultado	Referência
TEMPO DE PROTROMBINA	11.2 seg	10.0 - 14.0 seg
RNI	0.93	0.8 - 1.2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	29.1 seg	25.0 - 39.0 seg
RATIO	-	0.0 - 1.25
ATIVIDADE DE PROTROMBINA	100 %	70.0 - 100.0 %

Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.



joseane dos santos alves
Farmacêutico- Bioquímica
CRF-810

Paciente: **Martha Pereira Da Rocha**

Sexo: Feminino

Nasc: 01/05/1970

Idade: 50 ANO

Documentos:

Solicitação: 70026527

Número Interno:

Solicitante: BRUNO VIEIRA DE LIMA CRM-RR 1231

Origem: HC

Setor: BLOCO 3B

Leito: 356

Data de Emissão: 13/09/2020 08:06:10

Resultado de Exame

Amostra: 7002652703

Liberação: 14/09/2020 08:04:26

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	12.96 x10 ³ /uL	4.0 - 10.0 x10 ³ /uL
NEUTRÓFILOS	78.30 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	16.20 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	4.20 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	1.00 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.30 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4.27 x10 ⁶ /uL	3.9 - 5.03 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	13.20 g/dL	12.0 - 16.0 g/dL
HEMATÓCRITO	38.90 %	40.0 - 50.0 %
VCM	91.10 ug/L	77.0 - 101.0 ug/L
HCM	30.90 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	33.90 g/dL	28.0 - 33.0 g/dL
RDW CV	12.30 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	43.00 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	243.00 x10 ³ /uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /uL
VPM	9.20 fL	6.5 - 12.0 fL
ADP	15.90	9.0 - 17.0
PCT	0.224 %	1.08 - 2.82 %



Valdislene Lima Braga
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 436

Paciente: Martha Pereira Da Rocha**Sexo:** Feminino**Nasc:** 01/05/1970**Idade:** 50 ANO**Documentos:****Solicitação:** 70026527**Número Interno:****Solicitante:** BRUNO VIEIRA DE LIMA CRM-RR 1231**Origem:** HC**Setor:** BLOCO 3B**Leito:** 356**Data de Emissão:** 13/09/2020 08:06:10**Resultado de Exame****Amostra:** 7002652702**Liberação:** 14/09/2020 08:42:23**DOSAGEM DE CREATININA****Material:** SORO**Métodologia:** M11 - Cinético Picrato Alcalino**Resultado****Referência**

CREATININA

0.53 mg/dL

0.6 - 1.2 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM**Material:** SORO**Métodologia:** M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)**Resultado****Referência**

GLICOSE BASAL

125.27 mg/dL

60.0 - 99.0 mg/dL

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA**Material:** SORO**Métodologia:** M17 - Cinético Uv (urease)**Resultado****Referência**

URÉIA

22.15 mg/dL

15.0 - 40.0 mg/dL



joseane dos santos alves
Farmacêutico- Bioquímica
CRF-810

NOME: Martha Pereira de Rocha

356
IDADE: 50 anos

FATORES DE RISCO	PTS
Idade acima de 70 anos	5
IAM há menos de 6 meses	10
B3 ou Estase Jugular	11
Importante Estenose Aórtica	3
Eletrocardiograma:	7
- Ritmo não sinusal ou ESSV	()
- Mais de 5 ESV em qualquer momento antes da cirurgia	()
Estado geral e laboratorial:	3
- $PO_2 < 60$ ou $PCO_2 > 50$	()
- $K < 3$ mEq/L	()
- $HCO_3 < 20$ mEq/L	()
- Uréia > 100 mg/dl ou Creatinina > 3 mg/dl	()
- AST anormal	()
- Paciente acamado por causa não cardíaca	()
Cirurgia Intra-peritoneal, Intra-torácica ou Aórtica	3
Cirurgia de Emergência	4

CLASSE	RISCO DE COMPLICAÇÃO	RISCO DE ÓBITO
I (0-5pts)	0,7%	0,2%
II (6-12pts)	5,0%	2,0%
III (13-24pts)	11%	17%
IV (>25pts)	22%	56%

H.D.A.: Fratura platô tibial + fratura osso de mão
H.P.P.: HAS de 30a - LST 50mg 2x/dia. + METZ.
Nega DM.

Cirurgias prévias: listo ovário; HTA; va. ortop. MSE. Alugra dipirona
H.FAM.: pai e mãe HAS e DM
Tabagismo: 0 Etilismo: 0

Exame físico: supino
A.C.: RR 20 BNF bl. 10mm
PA: 130 x 80 mmHg FC: 68 bpm FR: 20 irpm

Exames Laboratoriais:
- Hb 13,2 g/dl; Ht 38 %; Leucócitos 12.960 PLT 243.000;
- TC - TS - TAP 11,2 INR 0,9
- Glicose: 105 Uréia: 22 Creat: 0,5 TGO: - TGP: -

Radiografia de Tórax: ILT 0,5

ECG: RS, ST @

Comentários: Feldman J.

Boa Vista/RR, 18/09/2020.

Lais Amélia Moura de Oliveira
CRM: 1550
Assinatura

33-356
Mantida Roubada na Roupa

Soluto

ECCG

13/08/2020



Dr. Bruno Vieira de Lima
CRM-RR 1231
CNS 980016287984622

Martha Pereira

Leito: 356

13 SET. 2020

I CLB FIA++ N 25

aVR

V1

V4

CAL

II

aVL

V2

V5

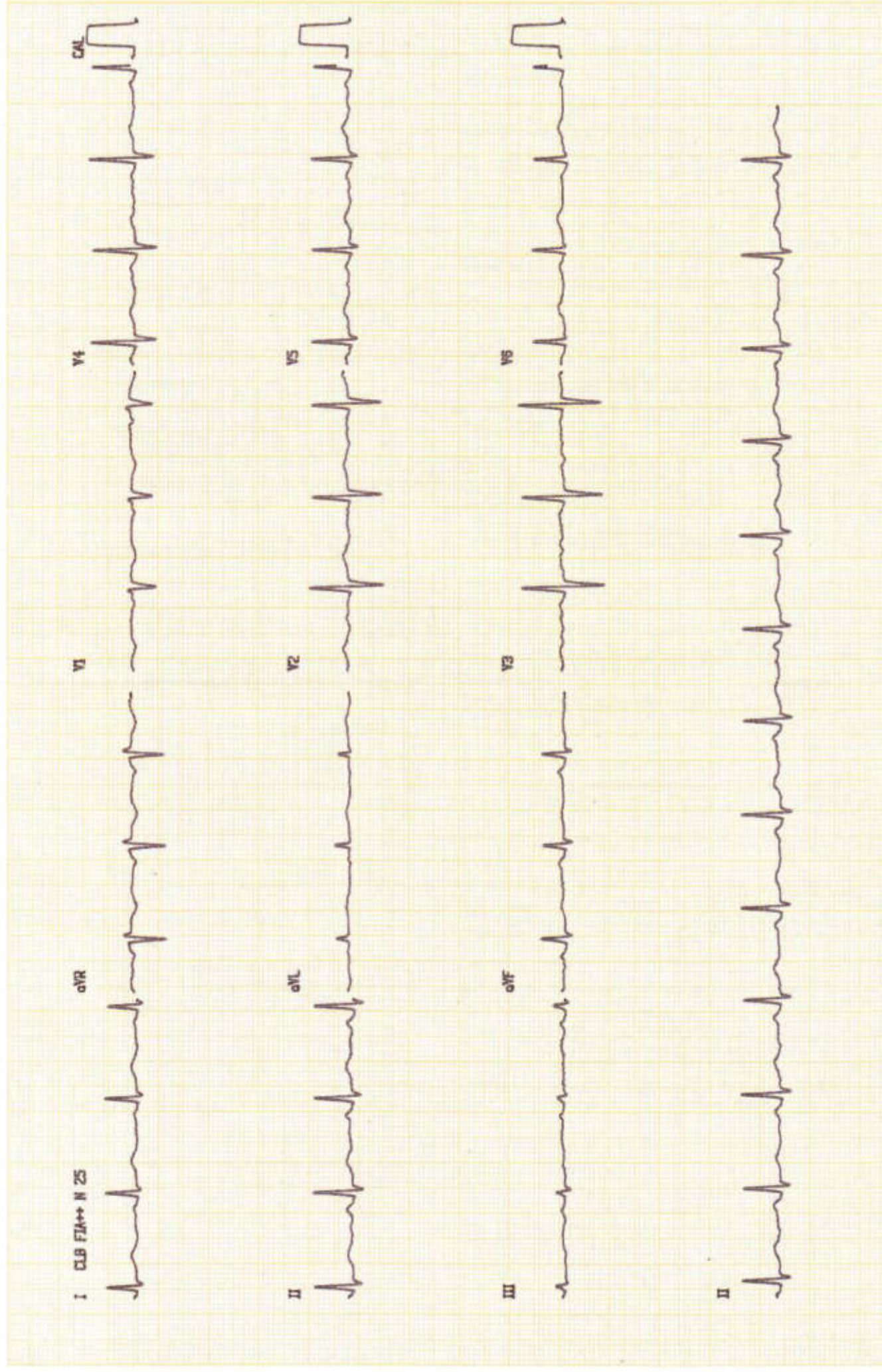
III

aVF

V3

V6

II



ECG: 85b

de Resultado da Análise: 2 (Deve ser conferido pelo médico)

PR: 150 ms

Ritmo Sinusal Normal

QRS: 75 ms

Ritmo Normal

QT/QTc: 394/472 ms

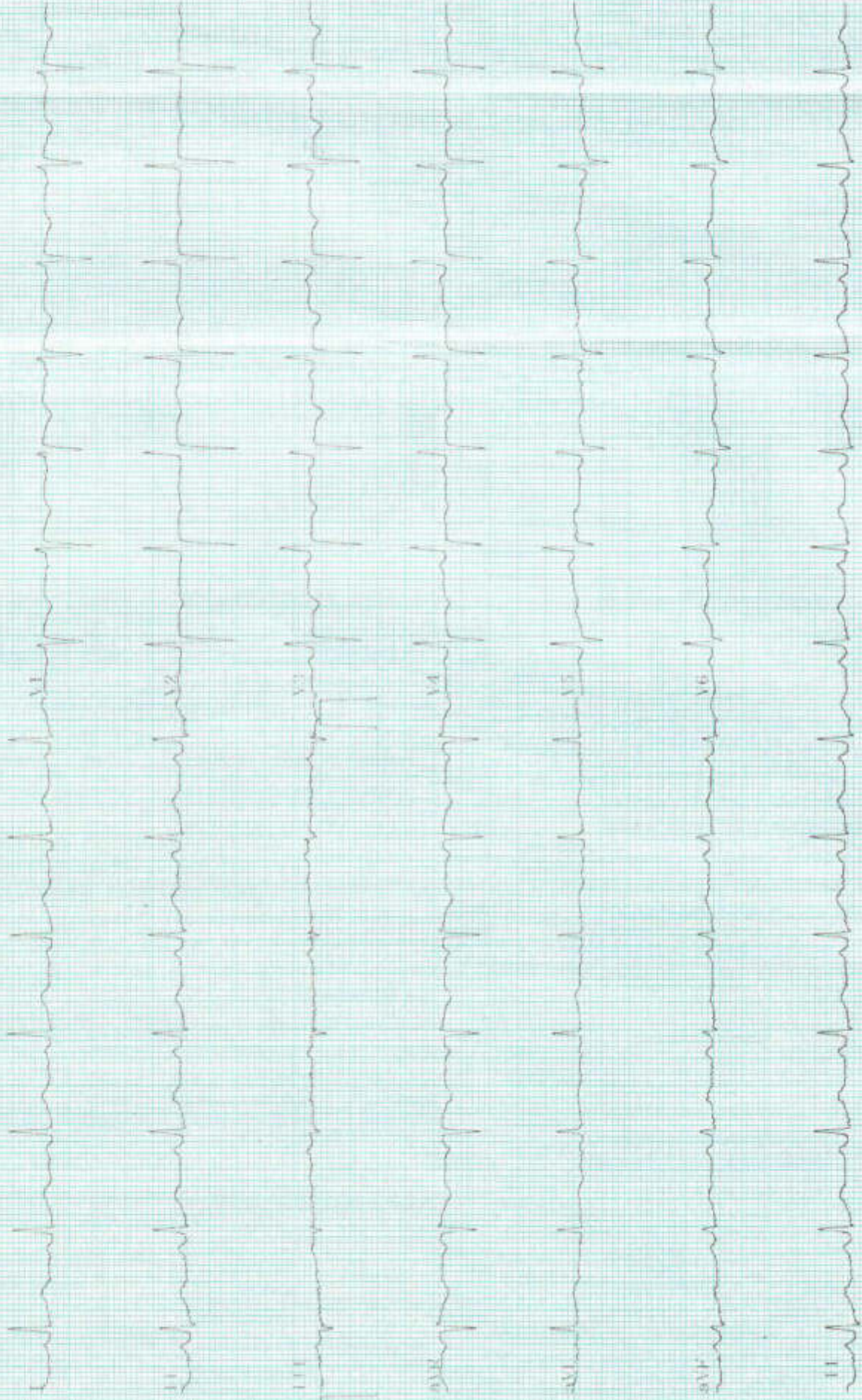
ECG Normal

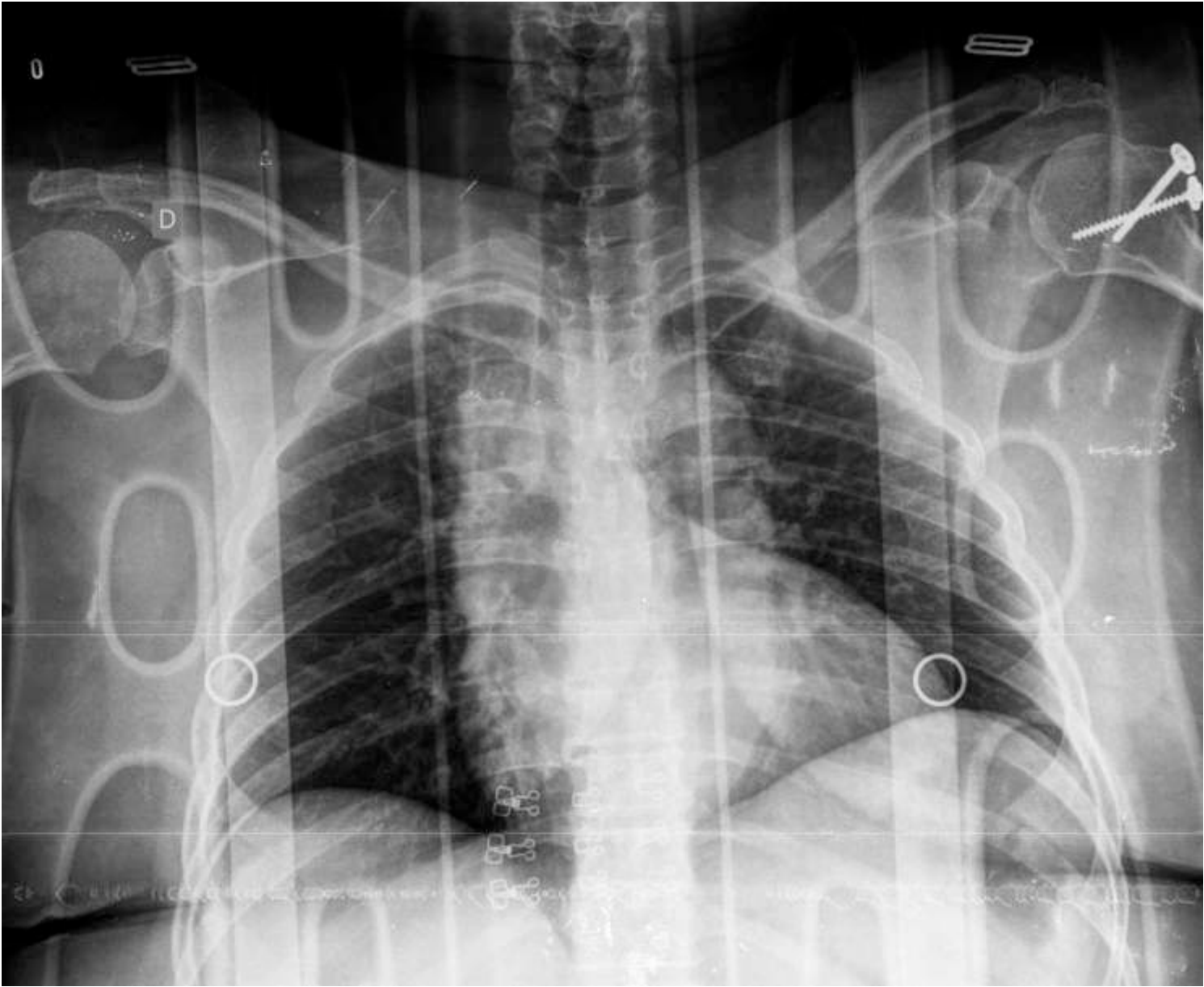
Ritmo P-R-T

53

16

21





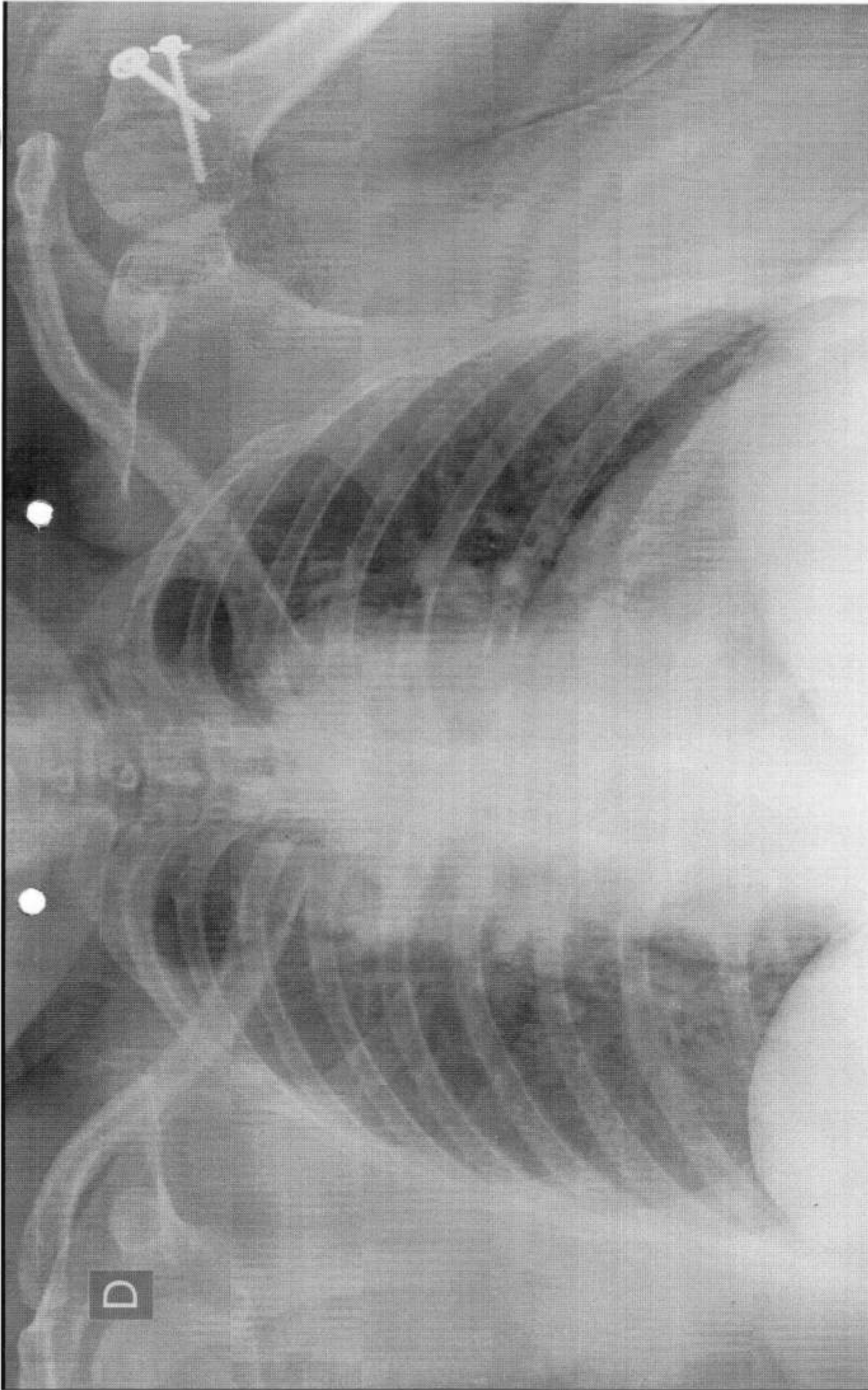






356

D



MARTHA PEREIRA DA ROCHA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: LEITO 356

Data: 13/09/2020

Nr:

Tec: ALILSON

73,5 %

356

D

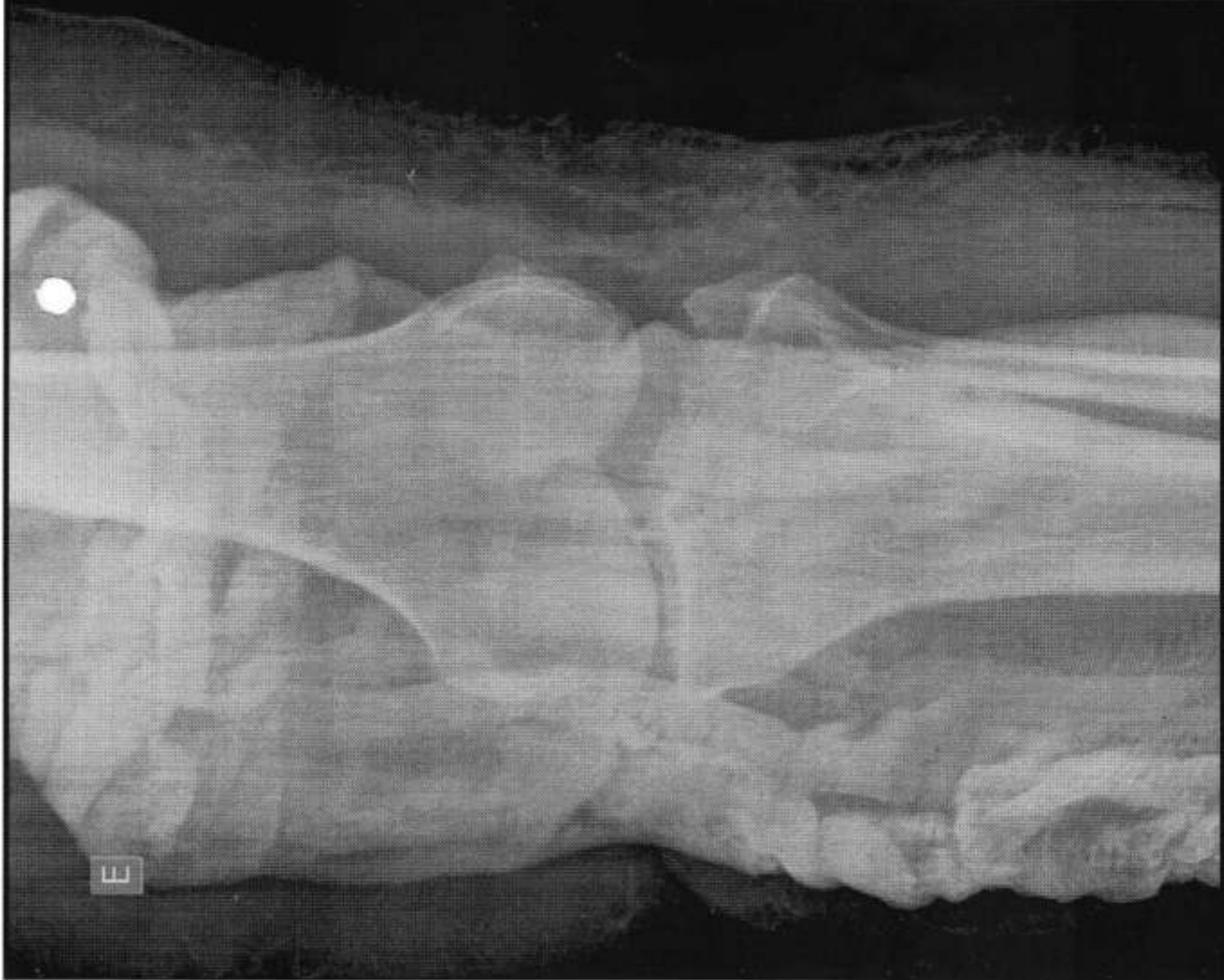
MARTHA PEREIRA DA ROCHA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: 3161

Data: 15/09/2020

Nr: LEITO 356

Tec: SAMARA LUISE 68,0 %



73,5 %

MARTHA PEREIRA DA ROCHA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: 50

Data: 17/09/2020

356



73,5 %

Nr: 3207

Tec:



79,4 %



79,4 %

MARTHA PEREIRA DA ROCHA

ID: 50

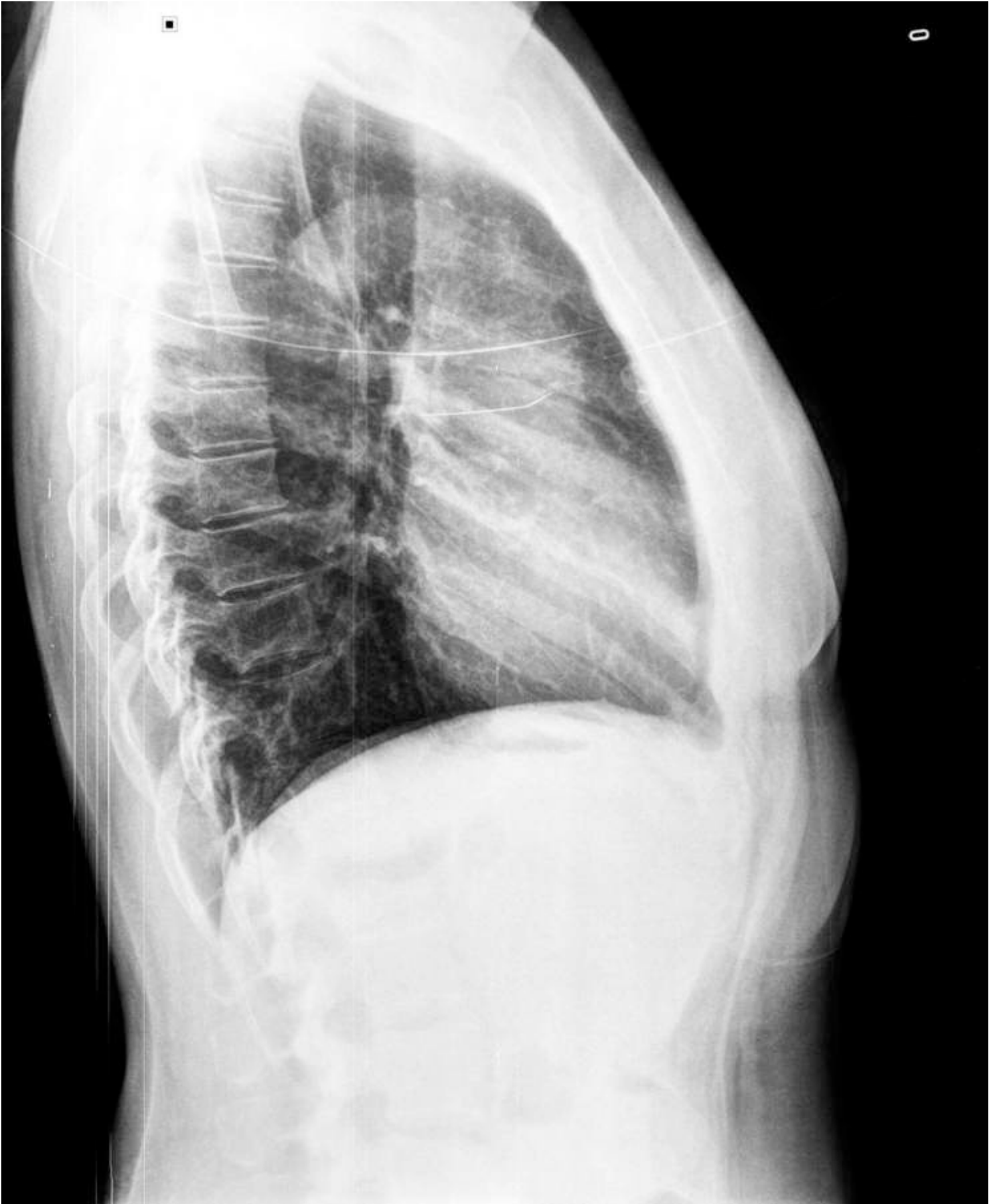
Nr: 3207

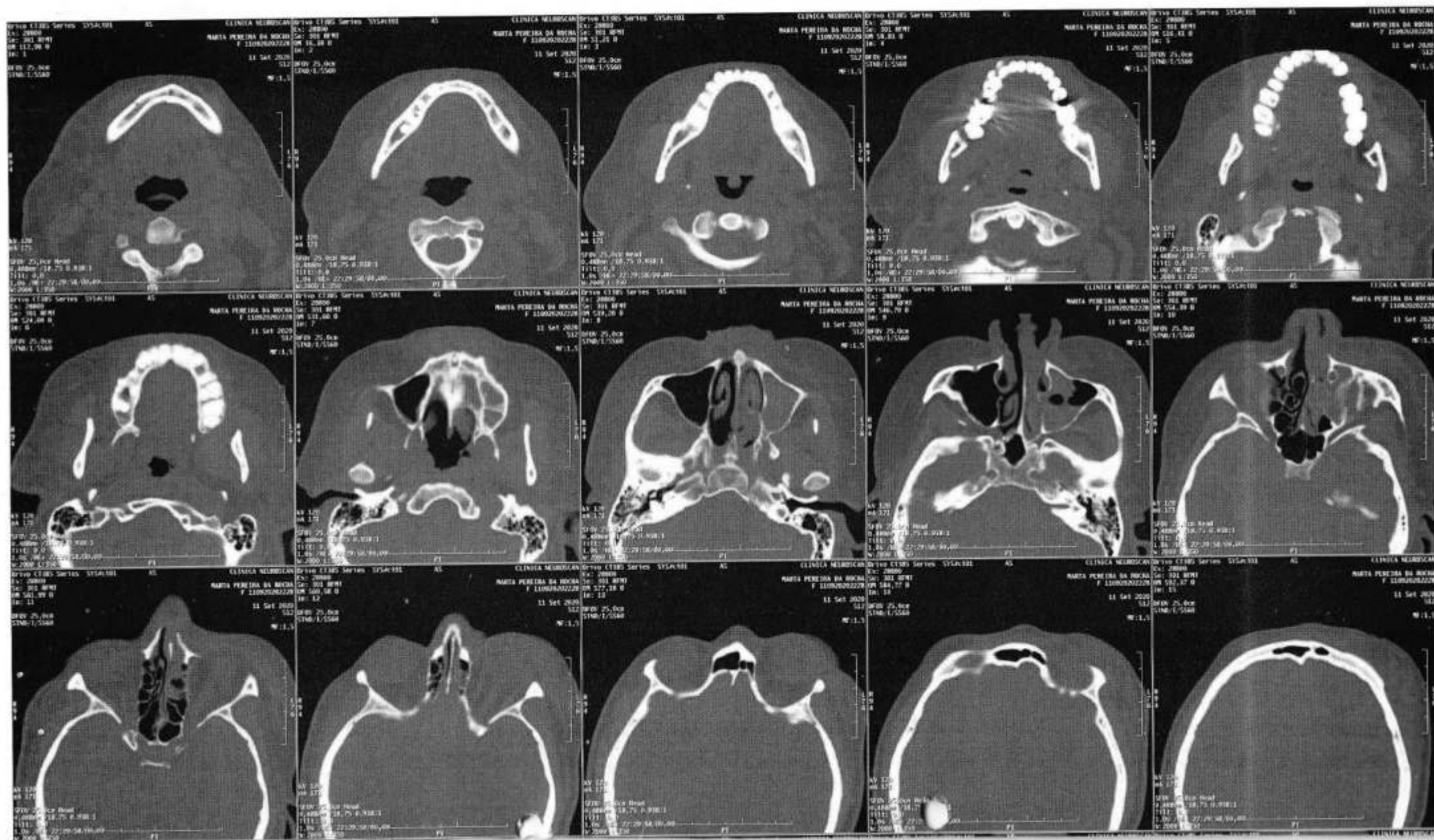
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Data: 17/09/2020

Tec:



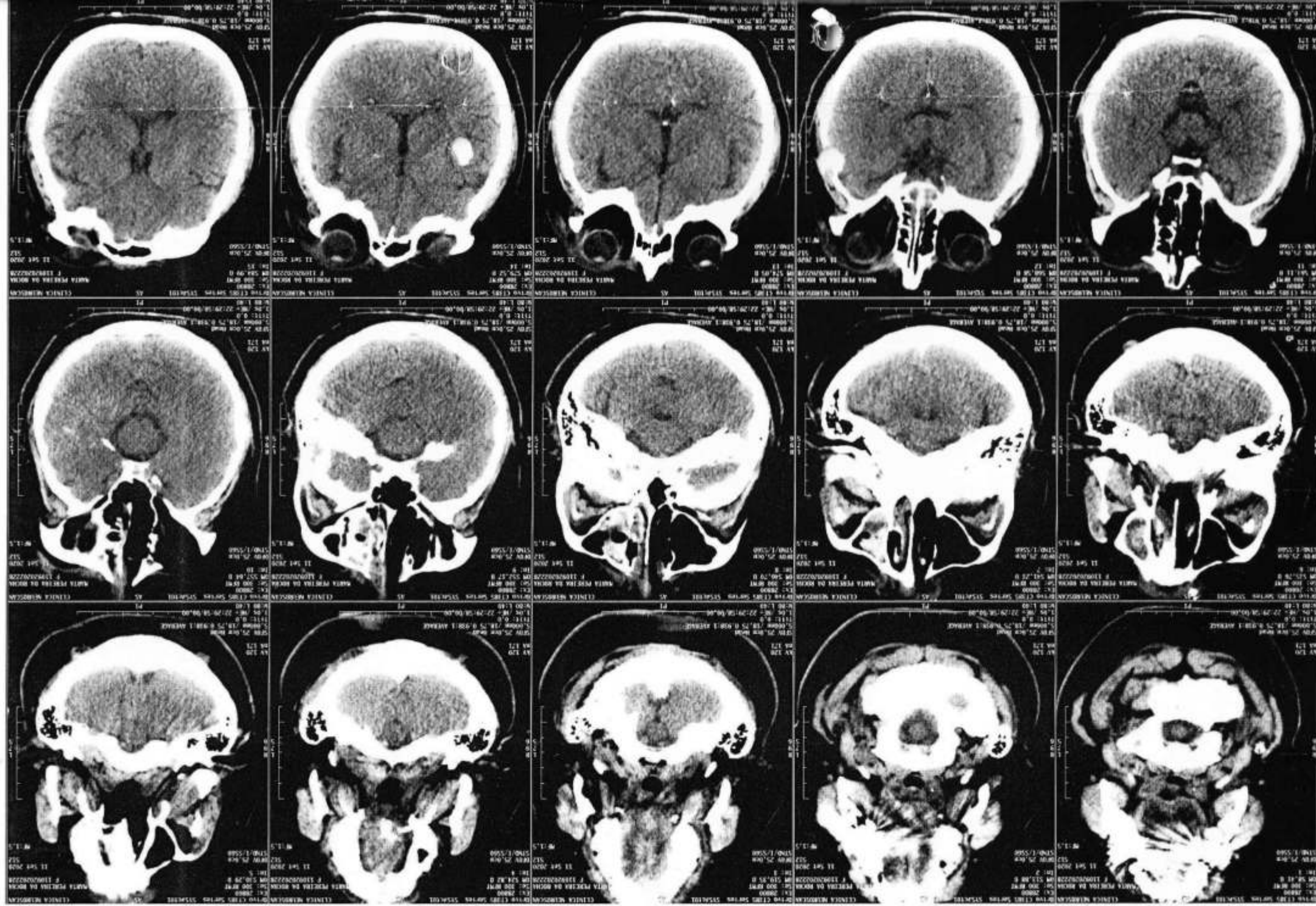






Patient ID: 110920202228
Age: 0Y

Patient Name: MARTA PEREIRA DA ROCHA
Sex: F



TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 15285454

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS
(Art. 13 da Lei nº 8.961/94)



ASSINATURA DO PORTADOR
Andre Carlos Israel



REGISTRAÇÃO
Nº 30 INC. 1.1 850934



 **ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**
CONSELHO SECCIONAL DE RORAIMA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
ANDRÉ CARLOS ISRAEL

INSCRIÇÃO
2045

FILIAÇÃO
ARNO ISRAEL
CELIA NAIR ISRAEL

NACIONALIDADE
BOA VISTA-RR

DATA DE NASCIMENTO
08/12/1983

RG
209532 - SSP/RR

CPI
737.228-552-88

COADOR DE ORDEM E TÍTULO
NÃO DECLARADO

VIA
01 08/02/2019

EXPRESSO EM

RONALDO GOMES VIGAL
PRESIDENTE

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

123.46160.69-7

3759919

0050

RR

Martha Pereira da Rocha

ASSINATURA DO TITULAR



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polgar Direito

Martha Pereira da Rocha
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



MARTHA PEREIRA DA ROCHA

14117 3759919 50-17

FILIAÇÃO.....: GILMA PEREIRA ROCHA
ANSELMO MARQUES DA ROCHA

NASCIMENTO.....: 01/05/1970

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: R.G. - 80433 - 09/12/2004 - SESP - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 382.004.812-04

TIT. ELEITOR: 1286102823

LOCAL DE EMISSÃO: SPTE/RR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO: 02/02/2017

CNH.....:

SEÇÃO: 0424

ZONA: 005

APLICADO PELA NOTA MECISSA
Superintendente Regional de Trânsito e Engenharia

02/02/2017

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

RUÇÃO

DATA DE NASC. DE
DOCUMENTO

PARA

INSCRIÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

INSCRIÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

INSCRIÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

INSCRIÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

1 - CASAMENTO 2 - DIVÓRCIO 3 - RECONHECIMENTO DE INTERVENÇÃO 4 - DATA DE NASCIMENTO
5 - DEP. REGIONAL 6 - ADIÇÃO 7 - MUDANÇA DE ENDEREÇO

03

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 80433

DATA DE EMISSÃO 09/12/2004

NOME MARTHA PEREIRA DA ROCHA

FILIAÇÃO ANSELMO MARQUES DA ROCHA

NATURALIDADE GILMA PEREIRA DA ROCHA

BOA VISTA - RR

DOC. ORDEM

CERTID. NASC. 9.516 FLS. 83 LIV. 09

BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO 01/05/1970

382.004.812-04

2 VIA

Rita de Cassia Coelho de Araujo

07/12/2004

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO FACTOR RH	DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO	HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO
ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO		
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. n° 874, de 12 de julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO		

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
2644045	0000	RR	07/12/04
02/02/17	Waldemir da Silva Agente de Portaria Mat/SIAPE 0260669		
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÍRCULO DO FUNDO DE CARTEIRA ANTERIOR		
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÍRCULO DO FUNDO DE CARTEIRA ANTERIOR		
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÍRCULO DO FUNDO DE CARTEIRA ANTERIOR		

06

CONTRATO DE TRABALHO 18.238.623/0001-62

EMPREGADOR	G. Almeida Lacerda - ME
CGC/CNPJ	Rua Beneditino Fernandes Magalhães - n° 2789
ENDEREÇO	Tancredo Neves CEP: 60.313-485
MUNICÍPIO	Boa Vista RR
ESP. DO ESTABELECIMENTO	Serviços Domésticos
CARGO	

DATA DE ADMISSÃO	17	DE	março	DE	17
REGISTRO N°	R\$ 957,00 (novecentos e cinquenta e sete reais)				
RENTUACÃO ESPECIFICADA	x G. Almeida Lacerda - ME				
DATA DE SAÍDA	31	DE	agosto	DE	2017
COM. DISPENSA CD N°	Gildemberg Almeida Lacerda - ME				
FGTS N° DA CONTA	Gildemberg Almeida Lacerda - ME				

07

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: LIVIO VASCONCELOS DE FREITAS

CNPJ: 32.794.839/0001-35

Endereço: RUA EMBAUBA Nº 140

Bairro: PARAVIANA

Município: BOA VISTA UF: RR

Esp. Estabelecimento: COMERCIAL

Cargo: SERVIÇOS GERAIS CBO:52.1135

Colaborador: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Admissão: 07/03/2019, Cadastro: 01

Remuneração Específica: R\$ 1.000,00 (HUM MIL REAIS)
por MÊS.

Ass. do Empregador ou a Rogo C/Testemunha

Livio Vasconcelos de Freitas

DATA DE SAÍDA 23 de Setembro de 2020

32.794.839/0001-35

Livio Vasconcelos de Freitas

Rua Embauba, nº 140, Paraviana

CEP: 69307-243 - BOA VISTA-RR

COM. DISPENSA CD Nº
FGTS Nº

Livio Vasconcelos de Freitas
Titular 08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

OGC/OP/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO

CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO

DE

DE

REGISTRO Nº

FEL. TÍPIA

REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA

DATA DE SAÍDA

DE

DE

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DO CONTR.

09

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200408276 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARTHA PEREIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 11/09/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE OSSOS DA FACE. P.4
FRATURA DE METACARPOS (4º E 5º) DA MÃO ESQUERDA. P.4
FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. P.4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P.26

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324379/20

Vítima: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

CPF: 382.004.812-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/09/2020

Titular do CPF: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANDRE CARLOS ISRAEL : 737.228.552-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARTHA PEREIRA DA ROCHA : 382.004.812-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2020
Nome: ANDRE CARLOS ISRAEL
CPF: 737.228.552-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

ANDRE CARLOS ISRAEL

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: **MARTHA PEREIRA DA ROCHA**

NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

CPF: 382.004.812-04 RG: 80433 SSP/RR PROFISSÃO: DESEMPREGADA

DATA DE NASC.: 01/05/1970 CONTATO: (95) 99159-4458

ENDEREÇO: RUA RIO APIAU, Nº 278

BAIRRO: PROF ARACELI SOLTO MAIOR CEP: 69.315-016 CIDADE: BOA VISTA

VITIMA: **MARTHA PEREIRA DA ROCHA**

CPF: 382.004.812-04 DATA DO SINISTRO: 11/09/2020

NATUREZA: INVALIDEZ PERMANENTE

OUTORGADO:

ANDRÉ CARLOS ISRAEL, brasileiro, advogado OAB/RR nº. 2045-N, inscrito no RG nº 209.532 SSP/RR, emitido em 19/12/2015, CPF/MF nº 737.228.552-68, residente e domiciliado na Rua Vereador Manoel Joaquim Martins, nº 736 – Silvio Botelho, CEP 69.314-563, Boa Vista – RR.

PODERES:

Para requerer seguro DPVAT por INVALIDEZ PERMANENTE, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados bancários para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista – RR, 24 de setembro de 2020.



Martha Pereira da Rocha
MARTHA PEREIRA DA ROCHA

OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324379/20

Vítima: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

CPF: 382.004.812-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/09/2020

Titular do CPF: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANDRE CARLOS ISRAEL : 737.228.552-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARTHA PEREIRA DA ROCHA : 382.004.812-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2020
Nome: ANDRE CARLOS ISRAEL
CPF: 737.228.552-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

ANDRE CARLOS ISRAEL

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO